ITEM 199 : DYSPNEE LARYNGEE

Dyspnée laryngée = bradypnée inspiratoire traduisant un rétrécissement de la filière laryngée

DYSPNEE LARYNGEE DE L'ENFANT

= Le plus souvent aiguë, peut mettre en jeu le pronostic vital (le larynx de l'enfant est plus petit que celui de l'adulte)

SF

- **Bradypnée inspiratoire**
- **Tirage** (dépression inspiratoire des parties molles) : **sus-sternale, intercostaux, épigastrique**
- **Cornage** = **bruit rauque** produit par le passage de l'air dans le rétrécissement laryngé
- Autres : **modification du cri ou de la voix** du patient, **toux quinteuse, rauque**

Signes de gravité

- **Signes d'asphyxie** : sueurs, tachycardie, pâleur, cyanose
- **Irrégularité respiratoire** : tachypnée ou pauses respiratoires
- **Troubles de la conscience** : agitation, somnolence, confusion
- **Disparition des signes de lutte**, avec amélioration trompeuse, précédant l'arrêt cardiorespiratoire

SC

- Signes généraux : **fièvre, asthénie, refus alimentaire, RGO, fausses routes**
- Bruit respiratoire : - **Stridor** = bruit inspiratoire aigu d'origine laryngée
  - **Cornage** = bruit rauque d'origine sous-glottique
  - **Ronflement** persistant la bouche ouverte : parfois d'origine laryngée
- Timbre de la voix et de la toux : - **Lésion glottique** ou **sous-glottique** : **dysphonie, toux aboyante et rauque**
  - **Obstacle sus-glottique : voix étouffée, dysphagie**
- **Laryngoscopie indirecte au miroir** (possible seulement **> 5-6 ans**) ou **direct au nasofibroscope**

DD

- **Dyspnée expiratoire** : atteinte broncho-pulmonaire (asthme)
- **Dyspnée trachéale** : au 2 temps, inspiratoire et expiratoire
- **Dyspnée pharyngée** : modification de la voix (voix de canard), hypersialorrhée, aphagie
- **Dyspnée nasale** : cède à l'ouverture de la bouche ou lors des cris chez le nouveau-né

Etiologie

Nouveau-né

Laryngo-malacie

= **Stridor laryngé congénital** (75% des anomalies congénitales du larynx) : bascule des aryténoïdes et de la glotte vers la lumière glottique lors de l'inspiration
- **Stridor**, moins fréquemment ronflement, permanent ou intermittent, apparaît à la naissance ou après quelques jours, avec **dyspnée** et/ou **troubles de la déglutition**
- Evolution : stabilisation vers 4-5 mois, régression après **6 mois**
- TTT: - Forme simple : **surveillance**, traitement d'un éventuel RGO associé
  - Dyspnée chronique : **résection des replis ary-épiglottiques** sous **endoscopie**

Autres

- **Malformation congénitale** : **palmure, atrésie, diastème laryngé**
- **Paralysie laryngée bilatérale** : **traumatisme obstétrical, malformation basi-crânienne, séquelle de lésion infectieuse endocrânienne**
- **Dyskinésie laryngée** : spasmes des cordes vocales en fermeture à chaque inspiration
- **Tumeur congénitale** : **lymphangiome, kyste**

Nourrisson

Angiome sous-glottique

= Dyspnée apparaissant après quelques semaines, pouvant s'aggraver jusqu'à **6 mois**, puis stabilisation et régression **après 1 an**, souvent associé à d'autres **angiomes cervico-faciaux**
- **Nasofibroscopie** : masse sous-glottique, plutôt à gauche, dépressive à la palpation
- **Endoscopie sous anesthésie** : évaluation de la gravité
- TTT de fond : **propranolol**, traitement **endoscopique au laser** ou **chirurgical** en 2nd intention

Enfant > 6 mois

Laryngite

Laryngite sous-glottique

= **Œdème de la région sous-glottique** : laryngite la plus fréquente, d'installation progressive après une **rhinopharyngite** d'origine virale
- **Dyspnée, modification du cri et de la voix, toux rauque, aboyante**
- Risque de **décompensation brutale**
- **Diagnostic clinique** → naso-fibroscopie indiquée seulement si doute clinique
- TTT: - **Aérosols adrénalinés** et/ou **corticoïdes** en urgence
  - Forme sévère : **O_2, corticoïdes IV**, parfois **hospitalisation** et **intubation**

Laryngite striduleuse

= Nocturne, de façon brutale, dans un contexte de **rhinopharyngite**, cédant spontanément en quelques dizaines de minutes
- Si récidivante : TTT des rhinopharyngites à répétition = **adénoïdectomie**

Epiglottite

= Due à ***Haemophilus*** (rare depuis la vaccination) : enfant de **4 à 6 ans** surtout
- **Dysphagie intense** avec **hypersialorrhée**, **dyspnée laryngée d'installation rapide, voix étouffée, toux claire**, **signes généraux marqués**

→ Urgence vitale = hospitalisation en **réanimation** : **aérosols de corticoïdes + adrénaline**, **antibiothérapie IV**, **intubation**, voire **trachéotomie de sauvetage**

Spasme laryngé

= **Spasme du sanglot**, déclenché par une colère ou des pleurs
- **Dyspnée brutale**, parfois **intense** avec cyanose, angoissante, cède très rapidement
- **Perte de connaissance** brève possible
- Très rarement manifestation d'une **hypocalcémie** : convulsions, hypertonie associées

DYSPNEE LARYNGEE DE L'ENFANT	*Etiologie*	*Enfant > 6 mois*	**Corps étranger**	- **Syndrome de pénétration** : accès de suffocation, parfois cyanose, toux et dyspnée - Régression rapide puis phase « muette » - 3ème phase (après quelques jours) : **complication infectieuse broncho-pulmonaire** - **Rx** : CE visible, atélectasie pulmonaire partielle, emphysème localisé, ou normale - **Endoscopie sous AG :** diagnostic de certitude et exérèse
			Autres	- **Laryngite spécifique** (**croup**) - Œdème après **piqure** ou **allergie** - **Brûlure caustique** - **Traumatisme du larynx** : externe ou interne (= iatrogène après intubation**)** - **Tumeur bénigne** : **papillomatose laryngée**
	TTT			→ Hospitalisation, transport médicalisé, enfant en position demi-assise, humidification et réchauffement de l'air - **Oxygénothérapie** au masque ou lunette si nécessaire - **Corticothérapie IV** : dexaméthasone 0,5 mg/kg IV, puis relai oral avec prednisone - **Aérosols** de type **Bompard® (corticoïde + adrénaline)** ou **adrénaliné** (1-2 mg) - Dyspnée modérée : **inhalation de budésonide**
DYSPNEE LARYNGEE DE L'ADULTE	SF			- **Dyspnée inspiratoire** : aiguë, ou plus souvent chronique, précédée d'une période de **dysphonie** - Autres signes associés selon l'étiologie : **dysphagie, douleur…** → Terrain : alcoolo-tabagique, atcd de cancer des VADS, traumatique après AVP ou intubation, chirurgie récente
	SC			- **Palpation des aires ganglionnaires cervicales** : ADP maligne (dure, mobile ou fixée, indolore) - **Laryngoscopie indirecte au miroir** ou **laryngoscopie directe au naso-fibroscopie** ± **panendoscopie sous AG**
	Etiologie		**Cancer du larynx ou pharyngo-laryngé**	- Terrain : patient > 50 ans, terrain alcoolo-tabagique ancien - **Dyspnée** précédée d'une phase longue de **dysphonie** s'aggravant progressivement - Autres signes ORL : **douleur** (otalgie), **dysphagie, ADP cervicale** - **Laryngoscopie** : tumeur, souvent bourgeonnante, pouvant immobiliser une ou 2 cordes vocales - **Panendoscopie** : biopsie de la tumeur, recherche d'autre localisation des VADS
			Œdème laryngé	= Généralement **post-radique** (parfois à distance de l'irradiation cervicale) : - **Dyspnée** de survenue progressive - **Laryngoscopie** : - Œdème diffus avec rétrécissement de la filière glottique - Œdème localisé au niveau des aryténoïdes et de l'épiglotte - **Panendoscopie** systématique : - Recherche d'une **récidive néoplasique** ou d'une **nécrose** - **TTT de réduction de l'œdème** au **laser** : cloutage, résection muqueuse hypertrophique
			Autre cause (rare)	- **Piqure** ou **brûlure caustique** - **Sarcoïdose laryngée** - **Œdème angioneurotique** - Inflammation laryngée : **épiglottite de l'adulte**
			Sténose laryngée post-traumatique	- Cause : - **Traumatisme externe** = **fracture du larynx** insuffisamment ou tardivement traitée : dyspnée brutale, signe de gravité - **Traumatisme interne iatrogène** = **après intubation** en urgence ou après **trachéotomie** : dyspnée progressive, quelques jours/semaines après l'ablation - Laryngoscopie : sténose glottique ou atteinte crico-aryténoïdienne bilatérale - Bilan : - **TDM laryngo-trachéal** - **Endoscopie sous AG** : diagnostique et thérapeutique = **dilatation trachéale, parage des sténoses émergentes**…
			Paralysie laryngée bilatérale	**= Dyspnée inspiratoire importante** avec conservation de la voix, **fausses routes** - **Contexte viral** ou **central**, avec **paralysie bilatérale des cordes vocales en adduction**, rétrécissant de façon importante la filière glottique (**syndrome de Gerhard**) - **Processus tumoral** touchant les 2 nerfs récurrents : **thyroïdien, oesophagien, médiastinal** - **Iatrogène après chirurgie** (thyroïdienne, oesophagienne ou vasculaire)
			Tumeur bénigne du larynx	= Rarement dyspnéisante, généralement précédée d'une longue phase de dysphonie - **Pseudo-myxome** : laryngite hypertrophique oedémateuse 2ndre au tabac - Lésion sous-muqueuse : **chondrome**, **papillomatose laryngée obstructive** (aspect framboisé et bourgeonnant)
			Cause neuromusculaire, myasthénie	Atteintes laryngées souvent associée à dysphonie lorsque atteinte bilatérale incomplète + trouble de la déglutition. Habituellement pas d'atteinte laryngée au cours des myopathies sauf exceptionnellement myotonie de Steinert.
			Cause oropharyngées	Obstruction peut survenir au cours d'infections : angine préphlegmoneuse, phlegmon péri-amygdalien, adénophlégmon, cellulite du plancher buccal ou en cas de tumeurs : carcinomes épidermoïdes, lymphomes. Gène à la déglutition des secrétions = facteur de décompensation de la dyspnée.